Aus der Klinik von Professor Dr. L. Fraenkel.

Ileus nach gynäkologischen Operationen.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Georg Pollak,
approbierter Arzt.

Breslau 1920.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geh. Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

Man unterscheidet zwei Hauptarten von Ileus, einen paralytischen und einen mechanischen; letzterer hat zwei Unterarten, den Obturations- und den Strangulationsileus. Beim echten Ileus liegt ein anatomisch nachweisbarer Darmverschluß vor.

Der postoperative Ileus kommt dadurch zustande, daß Darm an einer oder mehreren Stellen mit der Bauchwunde, dem Stiel eines exstirpierten Organs usw. verwächst und so zu einem Verschluß durch Knickung, Volvulus oder Inkarzeration führt. Solche Verwachsungen entstehen dort, wo die Serosa durch mechanische, thermische oder vor allem bakterielle Reize zur Fibrinausscheidung angeregt wird; auch nichtperitonealisierte Stiele verwachsen mit dem Darm. Begünstigend kommt die spontane oder medikamentös bewirkte Darmruhe nach der Operation hinzu. Die Symptome des Ileus setzen im allgemeinen 5—10 Tage nach der Operation ein; sie bestehen in Stuhl- und Windverhaltung, Erbrechen fäkulenter Massen, lokalem Meteorismus mit Darmsteifungen, Sinken des Blutdrucks. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, gespannt. Im Gegensatz zur Peritonitis verläuft der Ileus im allgemeinen fieberlos. Dort steht der Darm still, hier finden wir vermehrte Peristaltik. Bei Peritonitis besteht Muskelspannung, die beim Ileus fehlt. Zur Vermeidung von Adhäsionen wird

außer der selbstverständlichen Forderung strengster Asepsis schonende Behandlung des Peritoneums und möglichste Peritonealisierung aller Bindegewebswunden empfohlen. Nach der Operation muß für baldiges Einsetzen der Peristaltik gesorgt werden. Am meisten angewandt wird Physostigmin, örtlich Darmrohr, Glyzerinspritzen und Klysmata schon am 2. Tage nach der Operation. Therapeutisch kann man einen Versuch mit Magenspülungen, Eingießungen von Rizinusöl in den vorher entleerten Magen oder hohen Darmeingießungen machen, ohne sich jedoch zu lange dabei aufzuhalten. Die zweckmäßigste Therapie ist die chirurgische. Man kann je nach den Umständen die Adhärenzen lösen, was bei gynäkologischen Eingriffen leicht von kleinen Öffnungen aus ausführbar ist, weil man weiß, wo die Verklebung sitzt, da das Operationsgebiet an genau bekanntem stabilem Orte sich befindet; man kann ferner eine Darmpunktion oder Inzision, eine Enteroanastomose machen, einen anus praeternaturalis anlegen oder das geschädigte Darmstück resezieren. Die Prognose der Zweitoperation ist bei nicht zu später Vornahme nicht ungünstig. Der Tod dürfte beim Ileus nicht durch Toxämie oder Bakteriämie bedingt sein, sondern durch eine starke Blutdrucksenkung, die schließlich durch Anämie oder Asphyxie zur Lähmung der Zentren führt.

Über die Häufigkeit des postoperativen Ileus weisen die Statistiken sehr differierende Zahlen auf. Während einige Operateure in etwa 1% aller Bauchhöhlenoperationen echten Ileus haben, hat Zweifel nur 0,26%, L. Fraenkel, dessen Material beigebracht wird, sogar nur 0,05%. Teilweise mag an diesem riesigen Unterschied schuld sein, daß Fälle von Peritonitis bezw. Sepsis als Ileus geführt werden, wie ich an drei Beispielen nachzuweisen versucht habe. Ohne die Küstnersche „bakteriologische Sektion" sollte die postmortale Diagnose Ileus niemals gestellt werden. Zum Teil ist aber wohl auch die übertriebene Toilette der Bauchhöhle schuld am Zustandekommen des Ileus. Denn

die Übernähung jeglichen Serosadefektes, die gesonderte Unterbindung jeden Gefäßchens, das peinlichste Austupfen jeden Tröpfchen Blutes usw. sind Maßnahmen, welche die Operation sehr in die Länge ziehen. Die Widerstandskraft des Peritoneums gegen die Keime der Außenwelt sinkt mit der Dauer der Operation, und die durch die Austrocknung der Serosa und mechanische Manipulationen bedingten Epithelverluste begünstigen die Adhäsionsbildung. Wir erreichen also das Gegenteil von dem, was wir erreichen wollten.

Im ganzen hat man den Eindruck, daß die postoperativen Ileusfälle seltener werden.